



## Solicitud para proveedores de cuidado infantil con licencia

Gracias por su interés en ser un proveedor de cuidado infantil para las familias que pudieran calificar para el subsidio de cuidado infantil del DCF. Esta inscripción se utiliza para los proveedores con licencia del Departamento de Salud y Medio Ambiente de Kansas (KDHE) Antes de llenar la solicitud de inscripción, lea y asegúrese de entender el Manual para proveedores de cuidado infantil del DCF.

Devuelva la solicitud con toda la información completa a: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Devuélvala antes del: \_\_\_\_\_

**Nota: Se está inscribiendo como proveedor de cuidado infantil en el hogar para cuidar a los niños de una familia concreta (solamente en el domicilio del niño). El cuidado de otros niños requiere una inscripción aparte.**

## SOLICITUD DEL DCF PARA PROVEEDORES DE CUIDADO INFANTIL CON LICENCIA

### Sección 1:

#### Información del centro:

Nombre del centro: \_\_\_\_\_ Director: \_\_\_\_\_

Número de licencia del centro: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Domicilio postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono principal: \_\_\_\_\_ Número de teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Se le puede contactar a este correo electrónico?  Sí  No

**Información del propietario:**

Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellidos): \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Domicilio postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nro. de seguro social: \_\_\_\_\_ Número de identificación federal de empleador \_\_\_\_\_  
(obligatorio a efectos fiscales)

Raza: \_\_\_\_\_ ¿Es hispano/latino? \_\_\_\_\_

¿Tiene el título de bachillerato o el certificado GED? \_\_\_\_\_

Idioma principal hablado: \_\_\_\_\_ Escrito: \_\_\_\_\_

**Sede principal (Complete esta información solo si tiene más de un centro inscrito en el DCF y este es el principal):**

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Se le puede contactar a este correo electrónico?  Sí  No

### TARIFAS DEL CENTRO DE CUIDADO INFANTIL CON LICENCIA:

EDAD	MONTO	FRECUENCIA
Bebés (0-11 meses)		
Niños pequeños (12-35 meses)		
Edad preescolar (36-59 meses)		
Edad escolar (60 meses y mayores)		

### TARIFAS DEL HOGAR DE CUIDADO INFANTIL CON LICENCIA:

EDAD	MONTO	FRECUENCIA
Bebés (0-17 meses)		
Niños pequeños (18-35 meses)		
Edad preescolar (36-59 meses)		
Edad escolar (60 meses y mayores)		

¿Cobra una tarifa de inscripción? \_\_\_\_\_

Tarifa de inscripción por niño: \_\_\_\_\_

Tarifa de inscripción por familia: \_\_\_\_\_

¿Cobra una tarifa diaria mínima? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, indique la tarifa diaria mínima: \_\_\_\_\_

¿Cobra un número de horas/días mínimo? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, indique el número mínimo de horas: \_\_\_\_\_

# INFORMACIÓN SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO

\_\_\_\_\_ Todo el año (de enero a diciembre)

\_\_\_\_\_ Solo en verano (de junio a agosto)

\_\_\_\_\_ Solo durante el año escolar (de septiembre a mayo)

## HORARIO DE ATENCIÓN

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO

¿Alguna persona que vive, trabaja o es voluntaria en su hogar o centro ha sido condenada por delitos graves que no hayan sido expurgados?

SÍ       NO       EXPURGADOS

En caso afirmativo, indique el nombre de la persona, la fecha, el tribunal de la acción, el condado y el estado:

---

---

*Vaya a la siguiente página para revisar y firmar la declaración.*

**Lea las siguientes declaraciones y marque si está de acuerdo:**

\_\_\_\_\_ Yo/Nosotros, afirmo (afirmamos) bajo pena de perjurio que toda la información proporcionada es verdadera y exacta a mi (nuestro) leal saber y entender.

\_\_\_\_\_ Entiendo (entendemos) que los términos enumerados en el Manual del proveedor del DCF y el acuerdo del proveedor de cuidado infantil (incluida la sección 9) se incorporan a mi acuerdo de proveedor con el DCF y son legalmente vinculantes. Mi (Nuestra) firma en esta solicitud certifica que he (hemos) leído, comprendo y estoy (estamos) de acuerdo con dichas condiciones.

\_\_\_\_\_ Yo/Nosotros, el(los) suscrito(s), soy (somos) la(s) persona(s) nombrada(s) como solicitante(s) o autorizada(s) para representar al propietario enlistado anteriormente.

## Permiso y firma del proveedor del DCF para divulgar información

Mi firma en esta solicitud autoriza a los empleadores, proveedores de servicios salud, contratistas de EBT y otras instituciones financieras, proveedores de seguros, proveedores de beneficios y otras personas o agencias que conozcan mis circunstancias a proporcionar al Departamento de Menores y Familias de Kansas (DCF) cualquier información (incluida información confidencial y financiera) necesaria para administrar cualquier programa para el que me postulé o para el que estoy contratado, incluido, pero no limitado a, mi acuerdo de proveedor con el DCF.

Entiendo que toda la información proporcionada en esta solicitud y proporcionada al personal del DCF en mi nombre está protegida por las leyes de confidencialidad estatales y federales.

Esta autorización es válida a partir de la fecha de firma que figura a continuación y seguirá siendo válida hasta que sea revocada por escrito por el suscrito. Una copia de esta autorización es tan válida como el original.

*Entiendo que, además de otras sanciones, es ilegal obtener, intentar obtener o ayudar a cualquier otra persona a obtener, mediante una declaración o afirmación deliberadamente falsa, suplantación, colusión u otro medio fraudulento, asistencia a la que ellos o yo no tengamos derecho, y esto constituirá un delito de robo, tal como lo definen las Leyes Comentadas de Kansas (K.S.A.) 21-5801 y sus enmiendas, lo que podría constituir un delito grave castigado con pena de prisión, multa o ambas, y su infractor también puede ser enjuiciado en virtud de otras leyes estatales y federales aplicables.*

*Mi firma en esta solicitud certifica que he leído, comprendo y acepto dichas condiciones.*

\_\_\_\_\_  
*Nombre del proveedor (letra de molde)*

\_\_\_\_\_  
*Firma del proveedor (obligatoria)*

\_\_\_\_\_  
*Fecha (obligatoria)*

Complete este formulario y envíelo junto con una copia de su contrato o acuerdo de padres/proveedor y el formulario de *Divulgación de información del Registro Central de Abuso, Negligencia y Explotación de Adultos para la inscripción de proveedores de cuidado infantil en el DCF* (con la información de todas las personas de mínimo 18 años que viven, trabajan o son voluntarias en el establecimiento).

Esto incluye a todas las demás personas cuyas actividades impliquen el acceso supervisado o no supervisado a los niños.

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA AGENCIA:**

Fecha de inicio del acuerdo: \_\_\_\_\_ Fecha final: \_\_\_\_\_

Código del condado: \_\_\_\_\_ Identificación del proveedor: \_\_\_\_\_

Nombre del designado (del DCF) en letra de molde: \_\_\_\_\_

Firma del designado (del DCF): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Divulgación de información del Registro Central de Abuso, Negligencia y Explotación de Adultos para la inscripción de proveedores de cuidado infantil en el DCF

Escriba **SOLO EN LETRA DE MOLDE**, excepto la firma.

YO, \_\_\_\_\_, doy permiso para que se entregue la información sobre mí que se encuentre en el Registro Central de Explotación, Negligencia y Abuso de Adultos a **la Unidad de Inscripción de Proveedores de Cuidado Infantil del DCF.**

Apellido de soltera u otros nombres que tenga: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nro. de seguro social: \_\_\_\_\_ Sexo: M o F  
(dd/mm/aaaa)

Entiendo que toda la información entregada será para el uso exclusivo y confidencial de la Unidad de Inscripción de Proveedores de Cuidado Infantil del DCF. Leí y entiendo este formulario y la información suministrada en él es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Doy permiso para que se entregue la información sobre mí que se encuentre en el Registro Central de Explotación, Negligencia y Abuso de Adultos, cada año mientras sea un proveedor de cuidado infantil del DCF.

Nombre del proveedor \_\_\_\_\_ Sí No (Marque sí o no)

Firma del solicitante:

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Debe firmarse con tinta

**Según KEESM 10035 #1:**

**El DCF no puede inscribir a una persona que pertenece a una lista de personas prohibidas en el Registro Central de Negligencia/Abuso Infantil, el Registro Central de Explotación, Negligencia y Abuso de Adultos o del [Repositorio Electrónico de Población Adulta Supervisada \(KASPER\)](#) como persona condenada por un delito grave.**

Solo para uso administrativo del DCF:

Fecha de justificación: \_\_\_\_\_

Hallazgos (marque todas las opciones que correspondan):

Abuso \_\_\_\_\_ Negligencia \_\_\_\_\_

Explotación \_\_\_\_\_

Abuso fiduciario \_\_\_\_\_

Explotación financiera \_\_\_\_\_